

中医药治疗脾胃虚寒型胃溃疡的研究进展

张雪飞¹, 郑丽红^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第四医院消化内科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年6月2日; 录用日期: 2026年6月26日; 发布日期: 2026年7月6日

摘要

胃溃疡是临床高发消化系统疾病, 西医以质子泵抑制剂抑酸、抗生素联合根除幽门螺杆菌(Hp)为核心的治疗方案虽短期疗效确切, 但存在远期复发率高、不良反应多、肠道菌群失调等局限性。脾胃虚寒型是胃溃疡最常见的中医证型之一, 中医药通过整体调节在该证型治疗中展现出独特优势。本文系统梳理近年相关研究, 从中药单药、中药复方、中成药、针灸及中医外治法、中西医结合等维度, 总结各疗法的临床疗效与作用机制, 为脾胃虚寒型胃溃疡的临床规范化治疗提供理论依据与实践参考。

关键词

脾胃虚寒型胃溃疡, 中医药治疗, 作用机制, 中西医结合, 研究进展

Research Progress on Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Gastric Ulcer with Spleen-Stomach Deficiency Cold Pattern

Xuefei Zhang¹, Lihong Zheng^{2*}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Gastroenterology, The Fourth Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: June 2, 2026; accepted: June 26, 2026; published: July 6, 2026

*通讯作者。

文章引用: 张雪飞, 郑丽红. 中医药治疗脾胃虚寒型胃溃疡的研究进展[J]. 临床医学进展, 2026, 16(7): 415-421.
DOI: 10.12677/acm.2026.1672541

Abstract

Gastric ulcer is a clinically prevalent digestive system disease. Although Western medicine, centered on proton pump inhibitors for acid suppression and antibiotic-based combination therapy for *Helicobacter pylori* (Hp) eradication, yields definitive short-term efficacy, it is limited by high long-term recurrence rates, frequent adverse reactions, and gut microbiota dysbiosis. The spleen-stomach deficiency-cold pattern represents one of the most common Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes in gastric ulcer cases. TCM demonstrates unique advantages in treating this pattern through holistic regulation. This paper systematically reviews recent relevant studies, summarizing the clinical efficacy and mechanisms of various therapies, including single TCM herbs, TCM formulas, Chinese patent medicines, acupuncture and external therapies, as well as integrated Chinese and Western medicine approaches, to provide a theoretical basis and practical references for the standardized clinical management of gastric ulcer with spleen-stomach deficiency-cold pattern.

Keywords

Spleen-Stomach Deficiency-Cold Type Gastric Ulcer, Traditional Chinese Medicine Therapy, Mechanism of Action, Integrated Chinese and Western Medicine, Research Progress

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

胃溃疡是指胃黏膜发生的炎性缺损病变穿透黏膜肌层甚至更深层次的消化性溃疡, 在老年人群中高发, 且随着人口老龄化进程加快[1]。现代医学研究表明, 胃溃疡的发病是胃黏膜攻击因子(胃酸、胃蛋白酶、Hp、非甾体类抗炎药等)与防御因子失衡的结果, 其中 Hp 和非甾体类抗炎药是最主要的病因[2]。临床上, 胃溃疡以上腹部慢性、周期性、节律性疼痛为典型特征, 表现为餐后半小时至 1 小时疼痛发作, 服用抑酸药后可缓解[2]。目前西医治疗胃溃疡主要采用“抑酸 + 根除 Hp + 黏膜保护”的三联或四联方案, 虽能在短期内快速缓解症状, 但存在明显局限性: 远期复发率高; 长期服用质子泵抑制剂易致肠道菌群失调、缺铁性贫血及骨质疏松等不良反应[3]; 部分患者因 Hp 耐药致根除失败。中医药治疗胃溃疡历史悠久, 积累了丰富的临床经验, 尤其是在脾胃虚寒型胃溃疡的治疗方面。本文系统综述近年中医药治疗脾胃虚寒型胃溃疡的研究进展, 旨在为临床治疗提供更全面的参考。

2. 中医对胃溃疡的认识与病因病机

胃溃疡在中医学中虽无对应病名, 但根据其临床表现可归属于“胃痛”“嘈杂”等范畴[4]。历代医家对其病因病机的认识源远流长, 形成了系统的理论体系。《黄帝内经》奠定了脾胃病理理论基础, 明确脾胃为后天之本、气血生化之源, 并首次阐明寒邪是胃脘痛的重要病因, 强调饮食不节是脾胃损伤的关键[5]。《伤寒论》与《金匱要略》中, 张仲景创立了脾胃虚寒证的辨证论治体系, 确立了“当温之”的治疗原则, 创制理中汤、黄芪建中汤等经典方剂, 至今仍是临床治疗的核心方药, 其中大建中汤所治病证与本病急性发作表现高度吻合[6][7]。金元时期李东垣提出“内伤脾胃, 百病由生”, 认为核心病机为“脾胃气虚, 清阳下陷, 阴火上乘”, 主张“甘温除热”“升阳益气”, 并补充了饮食、劳倦、情志的致

病影响[8]。明代张景岳强调气机失调的重要作用, 提出“虚证之痛, 必须补也”, 为温补治疗提供了依据[9]。清代叶天士指出久痛可致痰瘀互结, 其“胃阴学说”进一步完善了辨证体系[10]。现代中医认为, 本病病因包括饮食不节、劳倦过度、情志失调、禀赋不足及久病失养等, 核心病机为脾胃阳气亏虚、寒邪内生、胃失温养、气血不畅, 日久形成“虚-寒-瘀”的病理演变[4]。现代研究认为, 患者存在的胃肠动力障碍、胃黏膜屏障功能受损等病理改变, 与“脾胃虚寒”理论高度一致。此外, Hp 感染属中医“邪气”范畴, 可损伤脾胃阳气、加重虚寒, 形成“正虚邪恋”的状态。

3. 治疗

3.1. 中药单药治疗

麸炒北苍术: 吴金浩等人[11]将 90 只 SPF 级 SD 大鼠随机分为空白组、模型组、三九胃泰颗粒阳性对照组及麸炒北苍术提取物低、中、高剂量组, 采用 4℃ 大黄浓缩液灌胃联合饥饱失常法复制脾胃虚寒模型, 7% 冰醋酸隔日灌胃建立胃溃疡模型, 连续给药 7 天后检测指标。结果显示, 模型组大鼠胃黏膜缺损、炎性浸润与出血明显, 表皮生长因子(EGF)显著降低, IL-1 β 、TNF- α 显著升高; 各给药组胃黏膜损伤均有不同程度修复, 其中麸炒北苍术中、高剂量组效果显著, 高剂量组疗效与阳性对照组相近, 可明显升高 EGF 含量、下调 IL-1 β 和 TNF- α 水平。

煨姜: 陈琳等人[12]以脾胃虚寒型胃溃疡大鼠为模型, 对比生姜与煨姜的温中散寒药效及物质基础, 将大鼠分为空白组、模型组、阳性药组及生姜、煨姜高低剂量组, 连续干预 5 天。结果表明, 生姜与煨姜均能减轻胃黏膜损伤、改善溃疡与虚寒症状, 升高血清 EGF、胃动素(MTL)并降低胃泌素(GAS), 煨姜疗效显著优于等剂量生姜且无高剂量刺激性; 生姜煨制后 6-姜烯酚等成分升高、6-姜酚等下降, 生姜入血移行成分 24 个, 煨姜达 47 个, 以姜辣素类为主要活性成分。

3.2. 中药复方治疗

黄芪建中汤: 白敏、陈小娟等[13]-[15]分别将大鼠构建脾胃虚寒型胃溃疡模型, 设空白/正常组、模型组、阳性对照组及不同剂量黄芪建中汤实验组, 灌胃干预 21 天后检测相关指标。结果显示, 黄芪建中汤可改善模型大鼠生存状态, 降低溃疡指数、胃酸总酸度与胃蛋白酶活性, 调控炎症因子水平(升高 IL-4、IL-10、NO, 降低 IL-17、TNF- α); 其作用机制与下调 HIF-1 α 、COX-2、iNOS、上调 eNOS, 抑制 JAK2/STAT3 通路磷酸化, 调控 TLR-2/MyD88 信号通路有关, 可多靶点改善胃黏膜免疫屏障、促进溃疡修复。

温中健脾愈疡方: 易鑫颖等[16]将 72 只脾胃虚寒型胃溃疡大鼠随机分为正常组、模型组、雷贝拉唑组及温中健脾愈疡方(WJYF)低、中、高剂量组, 干预 4 天后检测指标。结果显示, 与模型组相比, WJYF 各剂量组可显著减轻胃黏膜损伤、降低溃疡指数、提升黏膜血流量与 PAS 阳性黏液分泌, 升高血清 CAT、SOD 水平, 降低 GST、TNF- α 、IL-18、IL-1 β 水平, 同时下调胃黏膜 MAPK 通路(p-Raf、p-MEK1/2、p-ERK1)与 NF- κ B 通路(p-I κ B β 、p-IKK β 、p-NF- κ B)相关蛋白表达, 效应呈剂量依赖性, 高剂量效果最优。

理中汤: 周顺华、仇婧玥等[17][18]分别从 miRNA 调控与 MAPK 信号通路角度, 探讨理中汤对脾胃虚寒证胃溃疡大鼠的治疗效应与分子机制, 两项研究均采用随机分组与病证结合模型。结果证实, 理中汤可显著改善虚寒证候、降低溃疡指数、减轻胃黏膜损伤, 同时降低胃蛋白酶活性与炎症因子(IL-17、TNF- α)、氧化产物(丙二醛 MDA、谷胱甘肽 S-转移酶 GST)水平, 升高抗氧化酶(CAT、SOD)及谷胱甘肽(GSH)活性; 可逆转 10 个关键 miRNA 的异常表达, 下调 MAPK15、P38MAPK、MMP3、上调 CASP3, 通过抑制炎症与氧化应激、调控 miRNA 网络促进胃黏膜修复。

理气温中和胃方: 邓湘君[19]选取 90 例脾胃虚寒型胃溃疡患者, 随机分为对照组与观察组各 45 例, 对照组采用奥美拉唑、阿莫西林、甲硝唑常规西药治疗, 观察组给予理气温中和胃方水煎剂治疗, 疗程

均为 2 个月。结果显示观察组治疗总有效率为 95.56%，显著高于对照组的 73.33%。

六和汤：李小梅等人[20]将 52 只 SD 大鼠分为正常对照组、模型组、六和汤高、低剂量组，采用苦寒泻下、游泳力竭联合无水乙醇及阿司匹林灌胃制备模型，连续灌胃给药 4 周。结果显示，模型大鼠出现畏寒便溏、体重与肛温下降，胃黏膜溃疡、炎症浸润明显，炎症与氧化应激指标升高，MAPK 通路蛋白磷酸化水平上升；六和汤可显著改善大鼠虚寒症状，降低溃疡指数，减轻胃黏膜病理损伤，下调 IL-6、TNF- α 、MDA 含量并升高 SOD 含量，同时抑制 p-p38 MAPK 和 p-JNK 蛋白表达，高剂量效果更优。

3.3. 中成药治疗

范珉珏等人[21]采用复合因素法构建大鼠模型，分设空白组、模型组、景芪愈溃胶囊不同剂量组及中西药阳性对照组，经 14 天灌胃干预后检测相关指标。结果显示，景芪愈溃胶囊可显著降低模型大鼠溃疡指数、修复胃黏膜病理损伤，下调促炎因子 IL-1、IL-6 与黏附分子 VCAM-1、ICAM-1 的 mRNA 及蛋白表达，上调抗炎因子 IL-4、IL-13 水平，效应呈剂量依赖性，高剂量效果最优。

愈疡健脾丸：袁学玲等[22]通过网络药理学、分子对接及体内实验探究愈疡健脾丸治疗脾胃虚寒型胃溃疡的机制。网络药理学分析显示，愈疡健脾丸含 206 个活性成分、1094 个药物靶点，作用于 205 个核心靶点，主要通过 IL-6/JAK2/STAT3 通路调控炎症与凋亡，分子对接验证核心成分与靶点结合稳定。体内实验显示，该方可改善模型大鼠虚寒症状，减轻胃黏膜损伤，调节 IL-17、胃蛋白酶、PGE2 水平及 IL-6/JAK2/STAT3 通路相关蛋白(Bax、cleaved caspase-3 下调，Bcl-2 上调)，减少胃黏膜细胞凋亡，高、中剂量效果显著。

3.4. 针灸治疗

取穴规律：陈陶劲[23]挖掘分析 2010~2021 年 CNKI 收录的 68 篇针灸治疗脾胃虚寒型胃溃疡文献，探析取穴规律。研究共涉及 81 个腧穴，高频穴依次为中脘、足三里、内关、幽门、胃俞、脾俞等，多属任脉、胃经及膀胱经，集中于胸腹与下肢，特定穴善用交会穴、募穴及五腧穴；核心配伍为中脘配足三里、脾俞配足三里，主用俞募配穴与合募配穴；聚类分析将处方分为三类，选穴特点各有不同。

灸法：景春华[24]纳入 80 例脾胃虚寒型胃溃疡患者，随机分为观察组与对照组各 40 例，对照组采用四联杀菌联合抑酸护胃常规药物治疗，观察组在对照组基础上加用雷火灸治疗，取穴中脘、神阙、关元、脾俞、足三里，每次 30 分钟，每日 1 次，疗程 14 天。结果显示观察组临床症状总有效率 90.0%，显著高于对照组 72.5% ($P < 0.05$)；两组胃镜下溃疡愈合有效率无显著差异。

温通针法：赵耀东[25]纳入 90 例脾胃虚寒型胃溃疡患者，按 1:1:1 随机分为常规针刺组、温胃舒组、温通针法治疗组各 30 例，三组取穴均为中脘、足三里、内关、公孙、脾俞、关元，分别予对应干预，10 天为 1 疗程，共治疗 3 个疗程。结果显示温通针法治疗组总有效率 96.66%，显著高于常规针刺组 73.33%、温胃舒组 63.33% ($P < 0.01$)。

针刺督脉背段：李玲[26]纳入 100 例符合诊断标准的脾胃虚寒型胃溃疡患者，随机均分为针刺组与西药组。针刺组针刺督脉背段压痛阳性穴位(神道、灵台穴压痛阳性率最高)，每日 1 次，留针 30 分钟；西药组口服奥美拉唑肠溶胶囊 20 mg 每日 1 次，均治疗 4 周。结果显示两组治疗后胃脘痛均显著缓解、生活质量均明显提升，且针刺组改善幅度显著优于西药组。

3.5. 中医外治法

穴位贴敷：吕传芳[27]纳入 80 例脾胃虚寒型胃溃疡患者，随机分为观察组与对照组各 40 例，对照组采用奥美拉唑三联疗法治疗 2 个月，观察组在此基础上加用附子、吴茱萸、丁香、茴香制成的中药膏，贴敷于中脘、天枢、足三里等穴位，每日 1 次。结果显示治疗后观察组血清胃动素、胃泌素及 IL-6、IL-

8、TNF- α 水平均显著低于对照组, 中医症状积分更低, 总有效率 95.00% 显著高于对照组 80.00%。

艾灸联合穴位贴敷: 李婷婷[28]纳入 60 例脾胃虚寒型胃溃疡患者, 随机均分为试验组与对照组, 对照组采用常规西医药物治疗, 试验组在对照组基础上联合艾灸与穴位贴敷: 艾灸以中脘为主穴, 气海、足三里、关元为配穴, 每次 30 分钟, 7 天 1 疗程, 共 2 疗程; 穴位贴敷采用香附、川芎、木香、延胡索、吴茱萸、栀子研末加姜汁制膏, 每次贴 4~6 小时, 每日 1 次。结果显示, 试验组治疗总有效率 96.67% 显著高于对照组 50.00%, 不良反应发生率 3.33% 远低于对照组 66.67%, 溃疡愈合、症状改善效果均更优。

3.6. 中西医结合治疗

理中丸加味联合三联疗法: 张丽红[29]将 80 例脾胃虚寒型胃溃疡患者随机均分两组, 均采用奥美拉唑、阿莫西林、甲硝唑三联疗法治疗, 治疗组在此基础上联用理中丸加味, 疗程均为 8 周。结果显示, 治疗组临床愈显率 90.0% 显著高于对照组 60.0%, 可更有效改善中医症状, 对血清胃泌素(GAS)的下调、生长抑素(SS)的上调作用均显著优于对照组($P < 0.05$)。

加味人参汤联合三联疗法: 庞嘉言等人[30]纳入 120 例脾胃虚寒型胃溃疡患者分为两组, 对照组采用奥美拉唑 + 克拉霉素 + 阿莫西林标准三联西药治疗, 观察组在此基础上联用加味人参汤治疗 8 周。结果显示, 观察组治疗有效率 96.67%、Hp 根除率 93.33% 均显著高于对照组 83.33%、75%, 治疗后中医证候积分、溃疡面积更小, 1 年复发率 3.33% 远低于对照组 21.67% (P 均 < 0.05)。

健脾愈胃汤联合奥美拉唑: 李佳泽等人[31]纳入 100 例脾胃虚寒证胃溃疡患者, 随机分为对照组(单用奥美拉唑)与中药组(奥美拉唑联合健脾愈胃汤)各 50 例, 均治疗 1 个月。结果显示, 中药组总有效率 94.00% 显著高于对照组 76.00%, 胃肠道症状改善、溃疡缩小效果更优; 可显著升高三叶因子 2 (TFF2), 降低 CRP、TNF- α 及 MTL、GAS、CCK-33 水平, 用药安全性良好。

温中消痞汤联合常规西药: 马振成、杨迪、赵明铭、邓丽霞[32]-[35]等学者分别开展的随机对照临床研究, 均以脾胃虚寒型胃溃疡患者为研究对象, 对比常规西药治疗与西药联合温中消痞汤的临床疗效。这些研究结果证实, 相较于单纯采用埃索美拉唑、阿莫西林、替硝唑等常规西药治疗的对照组, 联用温中消痞汤的观察组/联合组治疗总有效率、Hp 根除率均显著更高, 可有效降低患者 VAS 疼痛评分、中医证候积分及血清 TNF- α 、NF- κ B 炎症因子水平, 同时能大幅降低治疗后 6 个月至 1 年的疾病复发率。

4. 讨论

中医药治疗脾胃虚寒型胃溃疡具有确切的疗效和独特的优势, 能够通过整体调节作用改善患者临床症状、促进溃疡愈合、降低疾病复发率, 且安全性高、治疗方法多样。其作用机制包括调控 MAPK、NF- κ B、JAK2/STAT3 等炎症相关通路, 抑制炎症反应与氧化应激, 修复胃黏膜屏障。这与中医温中健脾、整体调节的理论契合。中医理论中脾胃虚寒“虚 - 寒 - 瘀”的核心病理链条, 与现代研究中免疫功能低下、慢性炎症反应、微循环障碍的病理改变形成了内在统一, 也解释了中医药相较于单纯西医治疗, 能够更好地降低远期复发率的原因。但目前仍存在临床研究样本量偏小、诊疗标准化程度不够、缺乏长期随访数据等问题。未来需针对黄芪建中汤等经典方剂, 开展覆盖多中心、大样本的随机对照试验, 配套开展肠道菌群组学、代谢组学、转录组学的多组学整合研究, 解析其整体调控网络, 同时优化针灸、穴位贴敷等外治法的研究设计与操作标准化, 建立统一的病证结合动物模型标准, 完善中药质量控制体系, 推动中医药治疗的标准化与规范化, 为临床实践提供更高级别的证据, 更好地服务于脾胃虚寒型胃溃疡患者。

参考文献

[1] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会消化病学分会, 等. 消化性溃疡基层诊疗指南(2023 年)[J]. 中华全

- 科医师杂志, 2023, 22(11): 1108-1117.
- [2] 中华消化杂志编辑委员会. 消化性溃疡诊断与治疗共识意见(2022 年, 上海) [J]. 中华消化杂志, 2023, 43(3): 176-192.
- [3] 蒋亚静, 孟立娜. 长期应用质子泵抑制剂对炎症性肠病影响的研究进展[J]. 中华炎症肠病杂志(中英文), 2023, 7(2): 168-170.
- [4] 李玉锋, 王垂杰, 蔡敏, 等. 消化性溃疡中医诊疗专家共识(2023) [J]. 中医杂志, 2024, 65(10): 1086-1092.
- [5] 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 36, 124, 158.
- [6] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 112.
- [7] 张仲景. 金匱要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 78.
- [8] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 12, 35, 47.
- [9] 张景岳. 景岳全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 326-328.
- [10] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 215-217.
- [11] 吴金浩, 李梦雪, 吴婵毓, 等. 麸炒北苍术对脾胃虚寒型胃溃疡大鼠胃组织中炎症因子及黏膜生长因子的影响[J]. 亚太传统医药, 2025, 21(10): 16-22.
- [12] 陈琳, 郁红礼, 王欣之, 等. 基于脾胃虚寒型胃溃疡大鼠模型的生姜与煨姜温中散寒药效-入血成分-差异代谢物研究[J]. 南京中医药大学学报, 2026, 42(4): 565-582.
- [13] 白敏, 段永强, 杨晓轶, 等. 黄芪建中汤对脾胃虚寒型胃溃疡大鼠作用机制研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2021, 37(4): 397-400.
- [14] 白敏, 段永强, 杨晓轶, 等. 黄芪建中汤对脾胃虚寒型胃溃疡模型大鼠 JAK2/STAT3 信号通路的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(20): 32-38.
- [15] 陈小娟, 曾梅艳, 宋厚盼, 等. 黄芪建中汤对脾胃虚寒证胃溃疡大鼠的影响[J]. 中成药, 2020, 42(4): 867-874.
- [16] 易鑫颖, 张帆, 周顺华, 等. 温中健脾愈疡方调控 MAPK 及 NF- κ B 信号通路治疗脾胃虚寒型胃溃疡的效应及机制研究[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(24): 4625-4634.
- [17] 周顺华, 喻昶, 王晓娟, 等. 理中汤对胃溃疡脾胃虚寒证大鼠胃黏膜的修复效应与作用机制研究[J]. 世界中医药, 2025, 20(20): 3656-3668.
- [18] 仇婧玥, 喻昶, 熊萌, 等. 理中汤干预 MAPK 通路治疗脾胃虚寒型胃溃疡大鼠的机制研究[J]. 中药药理与临床, 2025, 41(4): 2-9.
- [19] 邓湘君. 理气温中和胃方治疗脾胃虚寒型胃溃疡的疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(17): 2744-2745.
- [20] 李小梅, 鹿伟, 杜锦辉. 六和汤对脾胃虚寒型胃溃疡大鼠的保护作用[J]. 中医药导报, 2021, 27(5): 44-48.
- [21] 范珉珏, 段永强, 虎峻瑞, 等. 景芪愈溃胶囊对脾胃虚寒型胃溃疡大鼠的作用及其机制[J]. 中国病理生理杂志, 2021, 37(9): 1596-1602.
- [22] 袁学玲, 刘鹏鹏, 左娇娇, 等. 基于网络药理学与实验验证探究愈疡健脾丸通过 IL-6/JAK2/STAT3 通路抑制炎症和细胞凋亡治疗脾胃虚寒型胃溃疡的机制[J]. 中国中药杂志, 2026, 51(6): 1688-1700.
- [23] 陈陶劲, 刘哲, 翟兴, 等. 针灸治疗脾胃虚寒型胃溃疡临床取穴配伍的数据挖掘研究[J]. 中医药临床杂志, 2022, 34(5): 872-878.
- [24] 景春华, 李素平, 孙梅, 等. 雷火灸应用于脾胃虚寒型胃溃疡患者的疗效观察[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(33): 156-160.
- [25] 赵耀东, 韩豆瑛, 严兴科, 等. 温通针法治疗脾胃虚寒型胃溃疡 30 例[J]. 中医研究, 2016, 29(1): 47-49.
- [26] 李玲, 陈莎, 陈剑豪, 等. 针刺督脉背段压痛穴位治疗胃炎、胃溃疡脾胃虚寒证患者的疗效分析[J]. 中国中医药科技, 2020, 27(5): 816-818.
- [27] 吕传芳, 赵燕, 张家家. 奥美拉唑三联疗法联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型胃溃疡疗效分析[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2023, 35(6): 483-487.
- [28] 李婷婷. 中脘穴艾灸联合穴位贴敷对脾胃虚寒型胃溃疡的效果探讨[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(10): 206-208.
- [29] 张丽红. 理中丸加味联合西药三联疗法治疗脾胃虚寒型胃溃疡疗效及对血清胃泌素、生长抑素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(3): 287-290.
- [30] 庞嘉言, 何跃, 杨娜娜. 加味人参汤联合常规西药治疗脾胃虚寒型胃溃疡临床疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2017,

44(12): 2593-2595.

- [31] 李佳泽, 沈晓璞. 健脾愈胃汤联合奥美拉唑对胃溃疡脾胃虚寒证患者溃疡面积、胃肠道症状及血清 TFF2 水平的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(19): 133-138.
- [32] 马振成. 温中消痞汤、西药联用治疗 68 例胃溃疡(脾胃虚寒型)的临床效果[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(7): 170.
- [33] 杨迪. 温中消痞汤联合常规西药治疗脾胃虚寒型胃溃疡临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(19): 98-101.
- [34] 赵明铭. 温中消痞汤联合西药治疗胃溃疡脾胃虚寒型的临床疗效探讨[J]. 中国医药指南, 2017, 15(1): 162-163.
- [35] 邓丽霞. 温中消痞汤联合西药治疗胃溃疡脾胃虚寒型的临床研究[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(32): 4577-4578.